**SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA LA TRAMITACIÓN DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN EDUCATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS EXTERNAS POR LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**

**1. Identificación de la Entidad Colaboradora:**

|  |
| --- |
| Nombre o razón social\*: |
| CIF/NIF\*: |
| Forma jurídica\*: |
| Actividad de la empresa (**código CNAE**)\*: |
| Domicilio\*: |
| Población\*: |
| Provincia\*: |
| Código postal\*: |
| **Asume el pago de la Seguridad Social\*:**  SI - NO |

De acuerdo a la nueva normativa que afecta a las prácticas en entidades colaboradoras, disposición adicional quincuagésima segunda, 52ª, del RDL 2/23, y de conformidad con lo establecido en el artículo 212 del Real Decreto-ley 5/2023. Esta disposición establece en sus apartados 1.a y 4.b lo siguiente:

La realización de prácticas formativas en empresas, instituciones o entidades incluidas en programas de formación y la realización de prácticas académicas externas al amparo de la respectiva regulación legal y reglamentaria, determinará la inclusión en el sistema de la Seguridad Social de las personas que las realicen en los términos de esta disposición adicional.

En el caso de las prácticas formativas no remuneradas, el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social corresponderá a la empresa, institución o entidad en la que se desarrollen aquellos, salvo que en el convenio o acuerdo de cooperación que, en su caso, se suscriba para su realización se disponga que tales obligaciones corresponderán al centro de formación responsable de la oferta formativa. Quien asuma la condición de empresario deberá comunicar los días efectivos de prácticas a partir de la información que facilite el centro donde se realice la práctica formativa.

* Quiero que la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria asuma el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social siendo el encargado de asumir los costes y los trámites correspondientes (alta, baja, comunicación de días efectivos de prácticas a la Seguridad Social).
* Quiero que mi empresa asuma el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social siendo el encargado de asumir los costes y los trámites correspondientes (alta, baja, comunicación de días efectivos de prácticas a la Seguridad Social).

**2. Identificación del Representante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos\*: | |
| DNI\*: | Cargo\*: |
| Instrumento legal del nombramiento (**escrituras, registro o similar**) \*: |  |

**3. Datos persona de contacto:**

|  |
| --- |
| Nombre y Apellidos\*: |
| Teléfono\*: |
| Email\*: |
| Dirección postal\*: |